Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg
MENTION · MÉDECINE

ANNÉE 1937.

N° 35

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

LACHOWIECKI IZAAK

né à Varsovie, le 19 juillet 1910

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la sclérose du col vésical.

Président: M. LERICHE, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE HAUSS
1937

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg
MENTION · MÉDECINE

ANNÉE 1937. N°

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

LACHOWIECKI IZAAK

né à Varsovie, le 19 juillet 1910

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la sclérose du col vésical.

Président: M. LERICHE, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE HAUSS
1937

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	FORSTER, ✻, ✪ I.
Assesseur		WEILL, ✻ ✪ I.

Professeurs:

Embryologie	MM.	ANCEL, ✻, ✪ I.
Anatomie		FORSTER, ✻, ✪ I.
Histologie		BOUIN, O. ✻, ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER, ✪ I.
Physique biologique		VLES, ✻, ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX, O. ✻, ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON, ✻, ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ, ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✻ ✪ I
Médecine légale		CHAVIGNY, C. ✻, ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN, ✻, ✪ I.
		AMBARD, ✻, ✪ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE, O. ✻, ✪ I.
		STOLZ, ✻, ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL, ✻, ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER, O. ✻, ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF, ✻, ✪ I.
Clinique neurologique		BARRE, ✻, ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB, ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER, ✻, ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT, ✻, ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		N.....

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max, ✻ ✪ I.
BELLOCQ, ✪ I.
GERY, ✪ I.

Chargés de Cours et Agrégés:

MM. BENOIT, ✪ A.
FONTAINE, ✪ A.
GELMA, ✪ I.
GUNSETT, O ✻, ✪ I.
HANNS, ✻, ✪ I.
HUMBERT, ✻, ✪ A.
KAYSER, ✪ A.
KELLER, ✪ I.
THIVOLLE ✪ A.
MM. KREIS, ✪ A.
LE GUYON
REISS
SIMONIN, ✻, ✪ A.
VAUCHER, ✻, ✪ I.
WAITZ
WEISS A., ✻ ✪ A.
WOLF, ✪ A.

Agrégé libre: M. SIMON, ✻, ✪ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY, ✻, ✪ A.

Chargé d'un cours complémentaire:

MM. MEYER M., ✪ A.
ROEDERER, ✪ A.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidéle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

BIBLIOTHECA

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548005_0040

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR
ET CELLE DE MON ONCLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE M. LE PROFESSEUR R. LERICHE

Officier de la Légion d'Honneur

Directeur de la Clinique Chirurgicale A à Strasbourg

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a témoigné durant notre séjour au Service.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR FREDERIC BILGER

Chef du service urologique de la Clinique Chirurgicale A

qui durant tout notre séjour au service n'a cessé de nous témoigner toute sa bienveillance. Il nous a inspiré le sujet de ce travail et par ses conseils il nous a guidé dans sa rédaction. Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR MARCEL MAYER

Chef du service orthopédique de la Clinique Chirurgicale B à Strasbourg

à qui nous exprimons ici notre gratitude et notre respectueux dévouement.

A MES MAITRES DU JURY

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Introduction et Historique

La sclérose du col vésical, ou maladie de Marion, est caractérisée d'après ce dernier par des « troubles dysuriques semblables à ceux que provoque l'hypertrophie de la prostate, troubles provoqués par des modifications du col, sans lésions apparentes de ce col et sans que ces troubles puissent être rattachés à des lésions médullaires ».

C'est un syndrome qui passe pour être rare, parce que très peu fréquent dans les services d'urologie.

La vérité est cependant que cette affection est relativement assez fréquente et qu'elle est plus souvent qu'on ne le pense méconnue ou confondue avec d'autres syndromes. Ne citons à cet effet que l'hypertrophie de la prostate ou le rétrécissement de l'urètre par exemple.

Ayant eu l'occasion d'observer au service urologique de la clinique chirurgicale A du Prof. Leriche à Strasbourg, trois cas de sclérose du col vésical, nous désirons faire quelques remarques concernant la symptomatologie et le traitement de cette affection, et nous voudrions essayer de contribuer par ce travail à leur interprétation.

Pour la clarté de l'exposition nous diviserons cette étude en deux parties, la première traitant de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie de la maladie du col de la vessie, la seconde comprenant le traitement actuellement adopté.

Nous ne sommes pas loin du temps où l'on considérait classiquement que la rétention urinaire relevait exclusive-

ment du prostatisme, ce qui le faisait croire être le propre des vieillards de 60 à 80 ans.

Les caractères cliniques de la maladie de Marion, malgré sa connaissance relativement récente, ont déjà depuis longtemps attiré l'attention des praticiens.

En 1844 Mercier, chez un malade atteint de troubles urinaires avec rétention, interprète cette symptomatologie par « une barre au col de la vessie » sans aucune lésion urétrale ni prostatique.

Nous admirons la clarté d'esprit de certains cliniciens qui fixent souvent des vérités que les investigations des chercheurs ultérieurs ne font que confirmer.

Ainsi en 1889 Guyon signala ce syndrome qu'il dénomme « prostatisme sans prostate ». Il essaye d'expliquer la rétention et les difficultés de la miction en les attribuant à une atonie de la musculature vésicale. Cet avis est partagé plus tard par Delmos et Albarran.

En Angleterre cependant, Thompson Chetwood et Young avaient déjà signalé auparavant l'hypertrophie de la musculature du col, comme origine de certaines rétentions vésicales.

En 1902, René Le Fur signala des cas de « prostatisme précoce avec rétention d'urine complète ou incomplète chez des gens jeunes à partir de 35 ou 45 ans, ne présentant pas de prostate hypertrophiée, mais une prostate normale, au contraire, plutôt dure et scléreuse ».

Dans la bibliographie que nous avons pu consulter, les nombreux auteurs continuent à désigner ces faux prostatiques sous le nom de « prostatiques sans prostate ».

On a reconnu d'une façon indéniable, dans l'état actuel de nos connaissances et grâce à une instrumentation très perfectionnée, que la prostate ne joue aucun rôle dans le syndrome étudié.

Le toucher rectal, lui-même, est à ce point de vue absolument négatif. Chose qui a d'ailleurs été souvent remarquée par de nombreux urologues.

Le grand mérite d'attirer l'attention sur la sclérose du col vésical revient à l'un des maîtres de l'urologie française, au Prof. Marion. Récemment, ayant étudié la symptomatologie et l'anatomie pathologique de ce syndrome, Marion insista particulièrement sur la « diminution de calibre et d'élasticité du col ». A lui aussi revient le mérite d'avoir mis au point et proposé comme traitement une intervention appropriée.

Enfin Legueu, insistant sur le rôle fréquemment joué dans la genèse de cette affection par des éléments inflammatoires acquis, faisant de la sclérose le stade terminal d'une lente évolution, a préféré le terme de « *dysectasie* » à celui de « *sclérose du col* », nom qui indique la difficulté pour ce col de s'ouvrir spontanément au moment de la miction.

En résumé, quel que soit le nom que l'on donnera au syndrome considéré dans ce travail, le caractère essentiel est la *sclérose du col de la vessie* d'où résultent la *difficulté de la miction* et la *rétention chronique*.

Notre but est d'une part de rappeler ce syndrome, dont l'importance au point de vue diagnostic différentiel avec l'hypertrophie de la prostate est essentiel. En effet, de l'établissement de ce dernier dépendent l'évolution et le pronostic de l'affection. D'autre part nous chercherons à en donner une modeste interprétation, qui n'a d'autre prétention que d'inspirer des travaux plus compétents sur cette question.

Anatomie et Physiologie pathologique

Le col vésical joue dans la physiologie de la miction un rôle capital. Ce sont effectivement les troubles de la miction et surtout *la rétention* qui obligent le malade, atteint de la sclérose du col vésical, à se faire examiner.

Les lésions du col, existantes dans cette maladie, troublent la physiologie normale de la miction et en sont l'unique cause.

Il va de soi que cette patho-physiologie relevant d'une cause anatomique, donc mécanique, peut être rétablie dans la mesure où cette cause, elle-même, peut être éliminée

Pour mieux comprendre la question, nous consacrerons quelques lignes à l'anatomie et à la physiologie du col vésical normal.

Celui-ci se présente sous forme de deux portions musculaires perforées, s'ajustant anatomiquement et s'accordant physiologiquement. La première portion est vésicale, entourant l'orifice, l'autre urétrale d'une longueur de 15 mm., qui correspond à ce que les anatomistes appellent le sphincter interne ou sphincter lisse, formé par la couche musculaire de l'urètre lui-même.

La musculature du col est donc constituée par le sphincter lisse de l'urètre, auquel viennent se joindre les fibres provenant de la musculature vésicale.

Le sphincter lisse est composé des fibres circulaires, et formerait un muscle d'une épaisseur d'un centimètre environ sur une hauteur d'un centimètre et demi.

Il semble pourtant qu'en réalité ces deux diamètres soient beaucoup plus réduits surtout à la partie antérieure

de l'urètre. Par contre la partie postérieure du col, celle qui, lorsqu'on regarde par la vessie ouverte, forme sa lèvre inférieure, correspond à peu près à ces mensurations.

La portion vésicale du col est fermée par les fibres musculaires des groupes postérieur et latéral de la couche externe de la vessie. En descendant, celle-ci se divise en deux faisceaux qui forment une sorte de ceinture autour de l'orifice, à la base de la prostate.

La couche muculaire moyenne, circulaire, de la musculature vésicale, étant dans les parties basses, franchement oblique en bas et en avant, participe à la formation de la partie antérieure du sphincter.

La troisième couche musculaire interne, formée des fibres plexiformes, constitue la musculature principale du trigone. Située directement sous la muqueuse, elle descend dans l'urètre, en dedans des fibres du sphincter, pour se terminer au niveau du veru-montanum.

Quant à la muqueuse du col, elle se compose d'un chorion riche en fibres élastiques et d'un épithelium pavimenteux stratifié.

Dans cette tunique muqueuse, revêtant le col, on trouve des glandes paraurétrales en grappe, réparties latéralement en deux groupes, et un groupe postérieur médian.

Ces glandes sont de véritables organes rudimentaires dont l'intervention fonctionnelle durant une partie importante de la vie de l'homme, est nulle. D'après certains auteurs, à un moment donné chez les sujets âgés, sans aucune cause apparente, elles se mettraient à proliférer, et finiraient par exercer une forte pression concentrique, provoquant de cette façon des troubles de la miction.

Ces formations qui ont comme point de départ les glandes para-urétrales, constituent les adénomes péri-urétraux qui ne sont pas autre chose que la prétendue *hypertrophie prostatique*.

Entre le col et les glandes de la prostate il existe un plan de clivage net, séparant le sphincter de la zone environnante.

⁂

Après ce court aperçu anatomique et avant de passer à la physiologie pathologique de la maladie du col, nous croyons nécessaire de consacrer quelques lignes au fonctionnement du col vésical normal, ce qui est d'une importance capitale au point de vue de sa pathologie.

D'après les excellentes recherches de professeur Angelo da Fonseca, qui a étudié le fonctionnement de la vessie et du col au moyen de films radiographiques, pris aux différents stades de la miction, les faits suivants ont été établis:

1° Quand la vessie est au repos, le col reste parfaitement fermé. Ce sont les fibres circulaires qui ferment l'orifice vésical, empêchant le passage de l'urine dans l'urètre postérieur.

2° Le col s'ouvre aussitôt que la miction commence et se referme au moment où celle-ci est finie. Chez l'individu normal à ce moment la subtance opaque est complètement évacuée par la vessie. Au contraire chez les rétentionnistes après la fermeture du col, on constate une quantité plus ou moins grande de cette substance, restant dans la vessie.

Cette fermeture du col, qui s'effectue bien que la vessie ne soit pas parfaitement vide, s'opère par l'intermédiaire du système nerveux.

Effectivement, dès que la miction commence, deux sur cinq des réflexes de Barrington entrent en jeu.

Le premier prend naissance au niveau de la paroi vésicale, déclanché par la tension d'urine. Il provoque la contraction des fibres musculaires, qui tend à vider la vessie. Cette contraction qui produit une augmentation de la ten-

sion intravésicale, peut être accompagnée d'action volontaire de la presse abdominale.

Le second, réveillé par la contraction des muscles de la vessie, déclanche le relâchement du sphincter et la continence. Ce dernier paraît être en partie sous l'influence de la volonté, qui favorise le relâchement et l'inhibition des fibres du sphincter.

Cette inhibition volontaire est parfois compromise par l'émotivité du sujet. Malgré les efforts, la contraction de la musculature sphinctérienne persiste et la miction ne se produit pas, ce qu'on observe souvent chez les sujets se trouvant dans l'impossibilité d'uriner en public.

La miction une fois terminée, ce dernier réflexe cesse d'agir et se trouve remplacé par son antagoniste qui détermine la fermeture du col.

Le trouble essentiel chez les rétentionnistes provient alors d'un mauvais fonctionnement de ce dernier réflexe, qui, entrant en jeu trop tôt, provoque une brusque contraction du col. Malgré la persistance du premier réflexe qui indique que la vessie n'est pas encore complètement vide, la miction s'arrête.

Voilà un des facteurs qui provoquent la rétention urinaire chez les malades appelés par Le Fur « les prostatiques sans prostate ».

Cette discordance des fonctions réflexes, au niveau de la vessie, serait provoquée par des stimulations pathologiques provenant de lésions ou de malformations anatomiques, existant dans le col. Ces lésions semblent déclancher la contraction réflexe prématurée du col.

Macroscopiquement ces lésions ou malformations ne semblent pas être assez importantes pour déterminer des troubles souvent si accentués.

Les lésions histologiques sont extrêmement différentes. D'après Legueu on trouve :

« des hypertrophies musculaires et fibreuses qui dans d'autres cas produisent avec hypertrophie glandulaire la maladie prostatique. On y trouve aussi, d'autres fois une sclérose incontestable, c'est-à-dire l'hypertrophie du tissu fibreux avec rétrécissement du col et perte de souplesse. »

D'autres fois à l'examen histologique, le tissu interfasciculaire des fibres musculaires paraît franchement oedémateux.

En même temps on observe une couronne lymphocytaire entourant certaines glandes prostatiques, ce qui parle en faveur d'une théorie inflammatoire. Marion trouvait souvent chez ces malades une hypertrophie considérable des parois musculaires de la vessie et du col vésical.

« Dans le stroma musculaire, se trouve d'assez rares cavités gandulaires, quelques-unes un peu dilatées, mais la plupart réduites, retractées, minimes, et à parois non festonnées comme d'habitude » — donc pas d'adénome en évolution.

D'autres auteurs (Verliac) au contraire trouvent la prédominance des éléments glandulaires en état d'hypertrophie adénomateuse ou kystique: « A travers la couche musculo-conjonctive passent des canaux glandulaires, dont les lobes sont surtout développés dans la profondeur et figurent les glandes dilatées. Ces glandes, presque toutes kystiques, s'apparentent aux glandes prostatiques. »

En somme, les lésions constatées histologiquement sont fort nombreuses et nous les classerons d'après Marion en quatre groupes:

1° La coupe montre une *abondance plus ou moins grande de fibres musculaires souvent hypertrophiées et augmentées en nombre.* Aucune trace d'inflammation ni d'infiltration.

Le stroma fibreux, les glandes et la muqueuse: sans particularités.

Ce groupe comprend les cas assez rares. Sur 39 cas Marion ne les rencontre que deux fois.

2° Ce sont les cas beaucoup plus fréquents. Ici on constate la *prédominance d'éléments inflammatoires et scléreux.*

La muqueuse comme le tissu musculaire est le siège d'une infiltration polynucléaire plus ou moins abondante. Cette infiltration musculaire, probablement consécutive à l'inflammation de la muqueuse, provient, surtout dans les maladies congénitales, des sondages répétés.

Si l'on admet que, dans les cas des maladies acquises du col, la lésion de celui-ci soit consécutive à une ancienne lésion inflammatoire de l'urètre, la présence d'infiltration leucocytaire paraît être explicable.

3° Le troisième groupe comprend les cas où en outre de lésions inflammatoires et d'hypertrophie musculaire, on constate *des formations adénomateuses* constituées par la prolifération glandulaire.

4° Le dernier groupe enfin comprend les cas caractérisés surtout par une *hypertrophie du tissu conjonctif* qui est probablement d'origine congénitale.

Il est inutile d'ajouter que cette classification des lésions anatomo-pathologiques de la sclérose du col vésical, a un intérêt surtout théorique. Pratiquement toutes ces lésions s'intriquent, se rencontrent ensemble avec prédiminance plus ou moins marquée de l'une ou de l'autre.

Après cet aperçu physio- et anatomo-pathologique du fonctionnement du col vésical, il nous sera plus aisé d'aborder l'étude des symptômes de la maladie de Marion et de comprendre l'importance de la thérapeutique que nous envisageons.

Symptomatologie

La symptomatologie de la sclérose du col vésical, correspond presque exactement à celle de l'hypertrophie de la prostate.

Les symptômes prédominants sont: *la difficulté de la miction* et *la rétention urinaire.*

Le malade est obligé de faire un certain effort et de pousser pour vider plus ou moins bien sa vessie. Le jet urinaire malgré les efforts est faible et mince. L'évacuation n'est plus complète, et le jeu s'arrête chaque fois que le malade cesse de pousser.

En outre, si la rétention est incomplète, on observe très souvent, soit une pollakiurie diurne et surtout nocturne, plus ou moins marquée, soit une distension vésicale avec incontinence. D'autre part il arrive que la rétention s'installe d'emblée et le malade se trouve brusquement en état de dysurie.

Si on pratique un interrogatoire assez détaillé de tels malades, on relève dans leur anamnèse des troubles urinaires, analogues à ceux décrits plus haut, datant depuis leur enfance. Il est intéressant de rechercher ces symptômes caractérisant la maladie du col vésical, dans les antécédents les plus éloignés du malade.

Dans d'autres cas les troubles n'apparaissent que chez les sujets adultes, souvent sans aucun passé urinaire.

Il semble alors absolument logique de distinguer deux types parmi les malades atteints de la maladie de Marion. Le premier, c'est le type prétendu *congénital,* chargé d'une

symptomatologie urinaire précoce (dès la première enfance), le second, *acquis* où les troubles n'apparaissent qu'à l'âge adulte.

a) *Type congénital*

Le malade se rappelle que dès sa première enfance il était obligé de « pousser » pour uriner.

Menier déjà, rapporte un cas très intressant d'un malade, âgé de cinquante ans, qui « n'avait jamais bien uriné et que dans sa plus tendre enfance, sa mère lui faisait des reproches qu'il n'urinait pas comme les autres ».

Chez ces malades la miction ne se fait jamais spontanément et sans difficultés. Ils sont obligés de « pousser » pour effectuer la miction. En même temps on observe souvent une *pollakiurie* plus ou moins marquée et une *incontinence par distension.* Avec l'âge la difficulté d'uriner s'aggrave, le plus souvent, pour aboutir enfin à une rétention complète.

Les malades viennent consulter le médecin à un âge plus ou moins avancé, suivant la gêne et la rapidité de l'aggravation des symptômes. Le plus souvent ce sont les jeunes gens entre 20 et 30 ans, se plaignant de troubles de la miction, d'abord insignifiants, mais progressifs et de plus en plus graves. L'aboutissement en est le plus souvent une dysurie, équivalant à de vrais phénomènes d'occlusion cervicale.

Malgré l'interrogatoire détaillé et un examen attentif, on arrive rarement à découvrir les antécédents urinaires, tels que la blennorragie ou le rétrécissement urétral. Bref, aucun accident inflammatoire, localisé dans n'importe quelle partie de l'appareil urinaire.

Le toucher rectal ne donne pas de renseignements. On ne sent aucune hypertrophie prostatique; parfois pourtant si cet examen est fait par une personne ayant une grande expérience, et si on introduit préalablement une

sonde dure dans l'urètre, on peut sentir un certain épaississement anormal entre la sonde et le doigt.

C'est seulement *l'examen urétro-cystoscopique* qui nous met sur la voie du diagnostic.

Nous employons de préférence au Service, les appareils permettant la vision téléscopique et la vision à 45°, soit le genre optique de Mac-Carthy, soit l'urétroscope universel.

Déjà, en introduisant l'appareil, nous sommes frappés par les difficultés de mouvements de celui-ci; on a l'impression que l'urétroscope est en quelque sorte serré par une bague.

L'appareil une fois en place, la première chose qu'on constate c'est l'aspect caractéristique du col. Celui-ci apparaît beaucoup plus décoloré qu'à l'état normal. Au lieu d'être de la teinte rose foncée ou rose lilas, le col paraît plus clair, rose pâle, parfois même blanchâtre. Ses contours sont beaucoup plus durs; on note un manque de malléabilité de ses parois, une saillie et une surélévation anormale.

On sait que normalement les bords antérieurs et latéraux du col sont presque toujours bien visibles, tandis que le bord postérieur est beaucoup moins net. Celui-ci d'habitude légèrement strié, forme une légère concavité, et on n'aperçoit qu'une crête très peu saillante.

Cette crête est parfois tout à fait invisible et le trigone de la vessie semble se continuer directement avec la paroi postérieure de l'urètre, sans démarcation appréciable.

Par contre, lorsque le col est atteint d'hypertrophie fibro-musculaire et de sclérose, l'image observée à l'urétroscope se modifie tout à fait.

La crête que dessine le bord postérieur du col, minime et parfois invisible à l'état normal, devient ici épaisse, arrondie et forme une sorte de bourrelet nettement concave et très bien perceptible. Il est même parfois tellement

saillant que, bien qu'on bascule l'urétroscope et qu'on soulève assez fortement l'extrémité oculaire, pour apercevoir le trigone, la partie antérieure de ce dernier peut rester complètement dissimulée par la saillie du bourrelet.

Le bourrelet qu'on observe aussi dans l'hypertrophie de la prostate est tout autre que celui de la sclérose du col. Dans la sclérose il est nettement concave, tandis que dans l'hypertrophie du lobe médian de la prostate il est convexe, formant une proéminence très visible et difficile à confondre avec le précédent.

Enfin on note que la distance du veru-montanum au col est nettement augmentée, et que les saillies des parois latérales de celui-ci, sont plus marquées que normalement.

Le fonctionnement du col observé par voie endoscopique est aussi nettement modifié.

Si, sous le contrôle de l'urétroscope, on demande à un sujet normal de faire un effort de miction, on observe tout d'abord « que le bord supérieur et les bords latéraux du col redressent légèrement leur courbure et présentent un mouvement d'expansion lent et peu prononcé ».

Ensuite « le bord postéro-inférieur du col se creuse brusquement d'une gouttière étroite et profonde et sa muqueuse se plisse. En même temps le trigone vésical et le veru-montanum s'abaissent » (Legueu).

Au moment où le malade cesse d'effectuer cet effort, les bords du col reprennent leur forme normale.

Par contre, lorsque le col est atteint de sclérose et lorsqu'il y a rétention, on observe le trouble de son fonctionnement décelé au moyen de l'urétroscope postérieur.

Dans les cas de sclérose très prononcée, bien que le sujet fasse des efforts violents pour effectuer la miction, en distendant même fortement la vessie, le col malade reste parfaitement immobile et on n'observe pas le moindre mouvement d'ouverture. Quand la sclérose est modé-

rée, le bord antérieur et les bords latéraux du col conservent encore un faible mouvement d'expansion, tandis que son bord postérieur présente soit un léger retrait, soit semble s'ouvrir presque correctement au premier effort de la miction et reste complètement inerte lors des efforts suivants.

Telles sont les constatations indéniables, observées dans tous les cas de la sclérose du col vésical au moyen de l'urétroscope postérieur.

Quant aux malades eux-mêmes, ce sont en général des jeunes neurasthéniques. Leur état psychique s'explique facilement par les troubles urinaires chroniques et le désespoir de ne pas les voir disparaître.

Marion rapporte à ce sujet une observation très intéressante d'un médecin, atteint du type congénital de la maladie du col vésical.

Souffrant depuis l'âge de dix-sept ans de dysurie et pollakiurie diurne et nocturne, il se fit opérer à l'âge de trente-sept ans et « c'est à partir de ce moment — dit-il — que j'ai pu comprendre comment un homme pisse ».

Ces malades naîtraient ainsi, avec des lésions congénitales. Parfois les troubles sérieux s'installent très précocément, et c'est seulement l'intervention qui amène le fonctionnement physiologique de l'appareil urinaire.

D'autre fois les troubles, d'abord insignifiants, augmentent avec l'âge et c'est dans l'adolescence que l'intervention s'impose.

b) *Type acquis*

Ici le tableau clinique ne diffère pas beaucoup de celui du type congénital.

La différence est que chez les malades appartenant à cette catégorie, les troubles commencent seulement à un âge beaucoup plus avancé, 40 à 50 ans, et évoluent en général plus rapidement.

En plus, dans cette catégorie de malades on trouve fréquemment des antécédents urétraux ou para-urétraux : des prostatites souvent suppurées, des urétrites blennorragiques chroniques et traînantes, etc. (Marion).

Il paraît donc tout à fait logique que tous ces troubles de la miction que présente le malade soient mis sur le compte soit d'un rétrécissement, parfois très net et assez serré, soit d'une prostatite.

Or, malgré les dilatations et la suppression de ces lésions et obstacles, on n'observe aucune amélioration de la miction. Il en résulte qu'une autre cause entre en ligne de compte. Mais il est facile alors de prouver que celle-ci n'est autre chose que la sclérose du col. La preuve en est donnée d'une façon éclatante par la guérison du malade après l'intervention appropriée.

A part ces troubles urinaires caractéristiques : la dysurie, pollakiurie, difficulté de la miction, etc., ces malades présentent assez souvent des troubles d'ordre génital.

On constate, en effet et surtout, des troubles de l'érection. Les malades se plaignent d'érection plus ou moins incomplète, parfois nulle, avec impossibilité d'effectuer un coït, malgré l'excitation assez forte. D'autre part, c'est la frigidité qui domine.

A côté de ces anomalies il en existe encore d'autres. Chez un de nos malades nous avons observé un signe décrit déjà par Le Fur en 1902, et qui consiste en une douleur violente, sous forme de ténesmes vésicaux, consécutives au passage d'un cystoscope ou d'un Béniqué de calibre un peu fort. Ayant introduit un Béniqué, ce dernier passe plus ou moins facilement, en « accrochant » nettement l'obstacle du col. Par contre, en retirant l'instrument et sans qu'il y ait eu de lésions traumatiques, le malade accuse une douleur extrêmement vive qui le courbe en deux pour plusieurs minutes.

Notons encore qu'on trouve une hypertrophie prostatique chez de tels malades. La coexistence de ces deux affections a été signalée, mais est reconnue comme extrêmement rare. Nous pensons qu'en réalité cette coexistence se rencontre plus souvent qu'on ne le pense.

L'adénome prostatique dans ces cas est généralement assez petit et paraît en disproportion avec les troubles qu'on constate chez ces malades.

Si l'on ne pense pas à la sclérose du col vésical, en attribuant tous les signes morbides à l'hypertrophie prostatique, on risque, après la prostatectomie, de se retrouver devant l'état initial de l'affection.

Nous insistons par conséquent sur l'importance de l'examen du malade dont le point essentiel doit porter sur l'endoscopie.

Avant de conclure à l'hypertrophie prostatique, seul diagnostic pouvant être facilement confondu avec la sclérose du col vésical et à la prostatectomie, il faut s'entourer de tous les renseignements utiles.

Un certain nombre d'échecs de la prostatectomie pourrait être aisément expliqué par la confusion et la méconnaissance de la vraie maladie causale et responsable des troubles enregistrés.

Diagnostic différentiel

Quand on constate chez un malade tous les signes énumérés plus haut, l'hypertrophie prostatique étant exclue, il est nécessaire de faire un examen approfondi du système nerveux central et périphérique.

On soumet le malade à un examen neurologique en recherchant spécialement les symptômes du tabès, maladie qui se manifeste souvent, dès le début, par des troubles vésicaux. Dans le cortège des symptômes habituels de cette affection nous insistons particulièrement sur un signe souvent peu recherché, lequel, à notre avis, a une certaine importance dans le cas en question.

C'est notamment un trouble du reflexe produisant le besoin de miction, reflexe qui se trouve ici inhibé. Ce phénomène s'explique par le manque d'excitation de la moelle, à la suite de quoi la vessie, ne recevant point d'influx nerveux, ne se contracte pas. Et le malade par conséquent devient retentionniste.

D'après Marion, dans chaque cas de vessie à colonnes, même s'il n'existe aucun signe clinique de tabès, il faut penser à un *tabès incipiens*.

On peut aussi observer une rétention complète ou incomplète, le col étant parfaitement normal, dans le cas d'un ou de plusieur diverticules de la vessie. Enfin le spina bifida est susceptible de donner aussi une rétention parfois très importante.

Il faut encore éliminer toutes les lésions inflammatoires de la prostate, qui provoquent souvent la rétention.

Quant au diagnostic positif de la maladie du col de la vessie, il serait inexact de dire qu'il se fait toujours par élimination et par la symptomatologie négative. Aussi voudrions-nous souligner les signes propres à la maladie de Marion.

D'abord, en pratiquant le sondage de la vessie avec une sonde dure, on rencontre une certaine résistance à la partie terminale de l'urètre, place où les rétrécissements urétraux habituels ne se rencontrent plus. Ensuite la radiographie (Paul Vincent) donne parfois des résultats très intéressants.

Il s'agit notamment d'une urétrographie mictionnelle, L'urétrographie ascendante, qu'on pratique couramment, ne donne pas de renseignements suffisants, étant donné qu'elle ne montre pas le col vésical dans les différents stades de son fonctionnement, durant la miction.

Par contre, l'urétrographie mictionnelle permet d'avoir l'image exacte du col à son maximum d'ouverture. Normalement ce maximum d'ouverture du col, au moment de la miction, atteint 8 millimètres environ. Dans la sclérose du col, l'ouverture ne dépasse pas 4 mm. en largeur (Vincent).

De même lorsqu'on examine le col au moyen de l'urétrocystoscope, en faisant uriner le malade, on constate que la dilatation du col se fait d'une façon tout à fait anormale et incomplète. On aperçoit plusieurs irrégularités dues à une rigidité particulière du col.

Enfin la cystoscopie fournit des données très intéressantes signalées déjà par Marion. En pratiquant la cystoscopie chez un sujet normal, on constate que le passage de l'image vésicale à l'image urétrale se fait graduellement, sans qu'on puisse dire où finit la vessie et où commence l'urètre, le col vésical ne pouvant pas être distingué à ce niveau.

Au contraire, dans la sclérose du col, l'image de ce dernier se dessine plus ou moins nettement à la partie postérieure et prend la forme d'un *bourrelet concave,* mentionné déjà plus haut, parfois nettement saillant.

Il ne faut pas confondre ce bourrelet avec la proéminence convexe qu'on observe dans les hypertrophies de la prostate.

Ici cette proéminence est formée par le lobe médian de la prostate et est visiblement convexe et non concave.

Ce symptôme est d'une importance primordiale et très net, et dans le cas de la maladie du col vésical, d'origine congénitale, peut être considéré comme pathogomonique (Marion). Dans les cas de sclérose postinflammatoire du col par contre, ce signe nous paraît moins net. Le col apparaît toujours à la partie postérieure, mais sous forme très irrégulière, souvent oedémateux, d'où confusion très possible avec l'hypertrophie du lobe médian de la prostate.

L'autre symptôme fourni par l'urétroscopie signalé par Heitz-Boyer, est l'allongement du col vésical. La distance du verumontanum au col, qui normalement est de 1 cm. et demi, dépasse facilement 2 cm. et se termine par le bourrelet concave décrit plus haut.

Pratiquement la constatation de ce signe est très difficile, car elle demande une très grande habitude d'urétrocystoscopie.

En résumé, c'est à l'urétrocystoscopie d'une part et à l'urétrographie mictionnelle d'autre part qu'appartient le dernier mot pour asseoir le diagnostic de la sclérose du col de la vessie.

Pronostic et complications

Le pronostic de la maladie du col vésical, si l'on n'intervient pas à temps et dans de bonnes conditions, est encore sensiblement le même que celui d'hypertrophie prostatique banale.

Dans les deux cas, le malade est exposé avant tout à toutes sortes d'infections de l'appareil urinaire, consécutives à la rétention vésicale.

La maladie non traitée évolue presque fatalement vers une infection vésicale. Son tableau clinique est dominé par des poussées infectieuses caractérisées elles-mêmes par de la fièvre, et des urines troubles accompagnées fréquemment d'hématurie. L'agent causal de ces poussées est le colibacille, parfois l'entérocoque ou le streptocoque.

La deuxième complication est l'infection rénale ascendante qui n'est pas une rareté. Son mécanisme est favorisé surtout par la distension de l'appareil urinaire supérieur (dilatation des bassinets et des calices, uretères forcés), complication souvent observée chez des vieux prostatiques.

D'autre part on observe, quoique rarement, des infections prostatiques, urétrales et para-urétrales.

Rappelons encore le rôle étiologique que l'on fait souvent jouer indirectement à la maladie du col de la vessie, dans la formation des diverticules vésicaux. Bien entendu, ces derniers n'apparaissent que très tardivement à la suite de la rétention urinaire chronique et négligée, déterminant une distension vésicale.

Nous ne voudrions pas finir cette énumération des complications du syndrome étudié, sans attirer l'attention sur des répercussions psychiques, observées chez de tels malades.

Ces troubles, pouvant aller jusqu'à une vraie neurasthénie, sont d'autant plus sérieux, que l'affection, le propre des sujets jeunes, les décourage profondément.

OBSERVATION N° 1

Le... Jean, 33 ans. Antécédents sans particularités.

Histoire de la maladie: Les premiers accidents urinaires se manifestent en 1920, par un léger écoulement (une goutte le matin).

De nombreux examens microscopiques n'ont jamais montré de gonocoques. Par la suite, cette goutte disparaît spontanément, en quelques semaines.

A partir de l'année 1926, il remarque une diminution progressive de la force de la miction, sans éprouver d'ailleurs la moindre douleur.

Cette force diminue jusqu'en 1934, où il se fait un arrêt complet de la miction. A ce moment, un traitement est institué, dilatation par Béniqué, massages de la prostate et instilations de nitrate d'argent.

Malgré cela, un mois plus tard, une nouvelle crise de rétention complète nécessitait son hospitalisation.

Un traitement par lavages vésicaux et dilatations au Béniqué fut encore une fois pratiqué.

Le calibre extrême a été le n° 58.

Par la suite la miction fut améliorée, mais le malade conserve une rétention chronique, incomplète de l'ordre de 100 gr.

La cystoscopie montra, avec l'absence d'adénome prostatique une hypertrophie du col.

Deux séances de résection endoscopique furent pratiquées sans incident notable.

Au cours de la première, un fragment reséqué fut envoyé pour examen histologique. La réponse mentionna une infiltration scléreuse et diffuse de la couche musculaire, avec lésions inflammatoires marquées de l'épithélium: désquamation, infiltration leucocytaire intense par places dans la couche sous-muqueuse.

A la suite de ces interventions, le malade se plaint d'une légère incontinence; lorsqu'il n'a pas uriné pendant un certain temps, il devient incapable de retenir ses urines, surtout après une station debout prolongée.

Instilations au nitrate d'argent.

Cette incontinence disparaît progressivement en quinze jours.

Six mois plus tard le malade est revu: il ne présente que deux ou trois mictions par jour, pas de mictions nocturnes.

Urines claires et rétention nulle.

Il ne garde qu'une très légère difficulté de la miction, lorsqu'il se force à vider sa vessie sans sollicitation.

OBSERVATION N° 2

Pf... Louis, 36 ans.

Antécédents sans particularités.

Blennorragie en 1926, soignée par injections pendant six semaines. L'écoulement disparaît, et le malade se croit guéri.

En 1932, il remarque la présence d'une goutte matinale. Une spermoculture est pratiquée et donne un résultat positif pour les gonocoques.

A ce moment, il est traité par autovaccin et massages prostatiques avec instilations. Une série d'autovaccin est pratiquée pendant trois semaines chaque année.

En 1936, il revient au service en se plaignant de pollakurie avec incontinence. Cette incontinence n'est que de quelques gouttes, qui viennent au méat sans qu'il arrive à les retenir.

L'exament des voies urinaires donne les résultats suivants :

Un explorateur n° 25 passe avec une légère résistence dans la région prostatique.

La prostate est normale mais il existe une rétention vésicale de 160 gr.

Dans ces conditions, le traitement par dilatations est institué.

C'est chez ce malade, que l'on note de violentes douleurs après passage du Béniqué n° 56-58.

Cette thérapeutique amène une légère amélioration, mais celle-ci n'est pas durable.

Il revient en se plaignant de pollakurie avec sensation de miction incomplète.

L'examen montre les mêmes symptômes qu'au début.

La cystoscopie révèle un allongement de la région du col.

Dans ces conditions, le traitement par résection endoscopique est institué.

Après des dilatations préliminaires, deux séances au Mac-Carty sont pratiquées à trois semaines d'intervalle.

La première est marquée par une assez forte hémorragie. Au cours de cette séance un des fragments résequés a été envoyé au laboratoire pour examen histologique.

La réponse note:

« Musculeuse sclérosée et fréquemment oedémateuse avec foyer d'infiltration leucocytaire assez discret. Epithélium désquamé par place ailleurs hyperplasique. Sur un fragment, nombreux cul-de-sacs glandulaires avec microkystes. »

Les résultats de ces interventions marquèrent une amélioration peu nette au début: le jet reste petit et la sensation de miction incomplète persiste.

On trouve effectivement à l'examen 40 à 50 gr. en moyenne de rétention chronique, trois semaines après la deuxième séance.

Le traitement aux Béniqués et instilations au nitrate d'argent ont eu lieu. Au bout de trois semaines, très grande amélioration: Le malade a été revu: plus de pollakurie ni de sensation de miction incomplète; le Béniqué n° 60 passe facilement, la rétention est pratiquement nulle.

OBSERVATION N° 3

Ack... Edouard, 50 ans, garçon de bureau.

Antécédents génitaux et urinaires néantes.

Depuis septembre 1932 le malade éprouvait des difficultés à la miction. Il constatait au moment d'uriner qu'il ne pouvait pas vider sa vessie comme auparavant. Il lui fallait attendre pendant quelques minutes avant que la miction ne devienne effective. Il tentait bien d'accélérer le déclenchement de la miction en poussant, mais sans résultats immédiats.

La miction une fois déclanchée se poursuivait normalement, quoique le malade avait une vague impression que la vessie ne se vide pas complètement. Le jet urinaire était beaucoup plus mince et plus faible que normalement.

Peu élevé au début, le nombre de mictions augmenta peu à peu jusqu'à atteindre le chiffre de trente mictions par jour et dix mictions la nuit. Cette pollakiurie diurne et nocturne offrait cependant des intervalles de répit s'étendant d'un à plusieurs jours, pendant lesquels le malade n'était plus importuné par les besoins incessants d'uriner.

Les urines étaient claires mais laissaient déposer un léger résidu jaunâtre au fond du verre.

Le 28 janvier, au soir, brusquement après un voyage fatiguant en auto, le malade fut dans l'impossibilité, quasi complète, d'uriner. Malgré ses efforts conjugués, il n'arrivait à évacuer de sa vessie que quelques gouttes d'urine. Le malade passa alors une journée entière en état de rétention complète puis, s'en fut consulter un médecin qui, après l'avoir sondé, nous l'adressa au Service.

Examen :

Système nerveux : S. P.
Le malade urine très peu, rétention 250 cc.
Pas de rétrécissement urétral. Urines troubles.
Prostate normale pas hypertrophiée.
Autres appareils S. P.

Une sonde à demeure fut introduite le jour de son examen et resta en place pendant quatre jours.

La disparition de signes de rétention et l'amélioration de son état fut telle, que le malade se jugeant guéri, quitta le Service de son propre gré.

Cette amélioration ne fut que passagère et les troubles urinaires, quoique sans aboutir à une rétention complète, obligèrent le malade à se faire réadmettre à la clinique. Ces troubles consistaient en une pollakiurie diurne et nocturne accompagnée des brûlures pendant la miction et des sensations de l'impossibilité de vider la vessie complètement.

Le nouvel examen, analogue au précédent, fut complété par une urétro-cystoscopie qui révéla les symptômes caractéristiques de la maladie de Marion.

En présence de ce tableau clinique, nous proposons au malade le traitement par la résection endoscopique.

Celle-ci fut pratiquée sous anesthésie épidurale. Durant cette première séance on enleva trois fragments de tissu scléreux du col, sans produire la moindre hémorragie.

Suites post-opératoires

Le malade s'est levé le cinquième jour après l'intervention. Son état général était satisfaisant. Le jet est devenu plus puissant, la pollakiurie et la dysurie ont com-

plètement disparu. La rétention vésicale est minime en voie de disparition, et le malade n'accuse plus de sensation de miction incomplète.

Nous croyons que cette unique séance sera suffisante pour le rétablissement complet et le maintien de l'état actuel du malade.

Traitement

Nous nous arrêterons un peu plus longuement sur le traitement de la sclérose du col vésical.

Comme nous avons démontré au cours de ce travail, la lésion principale de la maladie du col est essentiellement locale. Il est donc bien évident que, pour supprimer les troubles causés par cette affection, il faut agir directement sur le col.

Jadis on a essayé le traitement médical « non sanglant » basé sur des conceptions tout à fait inexactes. On a cherché à supprimer les syptômes, croyant ainsi supprimer en même temps les causes.

A côté d'injections d'eucaïne (Mosser) et de toute sorte d'antispasmodiques, on a accordé une place d'honneur au traitement classique des troubles nerveux. Il n'y a pas longtemps qu'on préconisait encore l'intervention sur les filets sympathiques qui vont au sphincter.

Il va de soi qu'aucune de ces méthodes n'a donné de résultats satisfaisants, étant purement paliatives.

Il est compréhensible que le seul traitement efficace de la sclérose du col vésical est celui qui s'attaque directement au siège du mal, à savoir le traitement chirurgical.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Pour aborder le col de la vessie on peut suivre trois voies :

1° Voie périnéale;

2° Voie hypogastrique;

3° Voie endo-urétrale.

1° *Voie périnéale*

Absolument illogique et actuellement complètement abandonnée. « Le col est un organe urétro-vésical, c'est donc par l'urètre ou par la vessie qu'on doit l'aborder » (Marion). La voie périnéale est assez compliquée et parfois très dangereuse. Employée dans le temps par certains chirurgiens, est actuellement complètement délaissée en faveur des deux autres.

2° *Voie hypogastrique (transvésicale)*

L'accès du col à travers la vessie « à ciel ouvert » permet de réaliser plusieurs interventions.

a) *La divulsion du col.*

C'est une intervention très brutale, donnant rarement de bons résultats. Elle consiste en une dilatation forcée du col à travers une vessie ouverte, dilatation soit au moyen du doigt, soit avec les bougies de Hegar ou Kollmann. Même si les résultats immédiats sont plus ou moins appréciables, il est évident qu'après un certain temps, les symptômes reviennent et la rétention, parfois encore plus grande, s'installe de nouveau.

b) *Section du col.*

Après avoir ouvert la vessie, on fixe le col et on pratique une ou plusieurs incisions radiaires en un ou plusieurs points de la circonférence du sphincter. Les incisions sont suivies de dilatations. Cette méthode a été utilisée par plusieurs opérateurs, mais vu les résultats incomplets et les fréquentes récidives, malgré des dilatations consécutives, on a fini par l'abandonner complètement.

c) *Excision cunéiforme du col.*

Le col de la vessie étant mis à nu, on fixe avec une pince sa partie postérieure et on pratique une résection d'une portion cunéiforme d'une longueur d'au moins

15 mm., formée par la prise et comportant la muqueuse et la musculeuse.

Le fragment enlevé comprend une portion urétrale (partie inférieure) et une vésicale. De cette façon le sphincter est coupé et ses bords sont écartés sur une longueur plus ou moins grande.

On note après cette intervention, qu'on peut considérer comme incomplète, plusieurs succès, à côté des échecs, plus ou moins nombreux. La guérison dépend de l'étendue de la résection et de la possibilité de reconstitution du sphincter.

Après l'intervention on pratique un tamponnement, ce dernier est nécessaire pour prévenir les hémorragies, parfois très abondantes, et pour éviter une soudure spontanée entre les deux parties sectionnées du sphincter.

d) *Ablation totale du col.*

C'est une méthode introduite pour la première fois en 1911 par Marion. Elle consiste en une suppression complète du col altéré de la vessie. Elle présente encore l'avantage de permettre l'ablation des formations adénomateuses, qu'on trouve parfois associées.

Avant l'opération on introduit dans l'urètre une sonde à béquille de façon qu'elle fasse saillie dans la vessie. Elle doit paraître dans la vessie, suffisamment pour que l'on puisse repérer avec exactitude l'orifice interne du col.

Après avoir ouvert largement la vessie, on va à la recherche du « plan de clivage entre la partie spinctérienne du col et les parties environnantes ». Ce plan qui est assez facile à trouver dans les cas de sclérose peu prononcée, sans adhérence avec les parties voisines, périurétrales, devient très difficile à découvrir quand la sclérose est complète, le col étant transformé en tissu fibreux, adhérent par presque toute sa surface à la région environnante.

Ensuite on fixe le col repéré avec une pince de Museux et on l'immobilise. On pratique une assez profonde incision circulaire de la paroi vésicale. Cette incision va à 15 mm. environ de l'orifice interne du col en le contournant.

Le sillon une fois fait au bistouri, on complète l'isolement du col au moyen de ciseaux courbes en attirant en même temps le col vers en haut avec la pince. Enfin un coup transversal de ciseaux suffit pour sectionner l'urètre.

Le col complètement sectionné, on pratique le tamponnement au moyen d'une longue mèche, bien introduite dans la cavité.

Puis, on referme partiellement la vessie, et on draine, comme après chaque cystostomie, au moyen d'un tube à double courant.

L'intervention devient assez laborieuse et sanglante si le col est fortement sclérosé et présente des adhérences parfois très accentuées à des parties voisines. On est alors obligé de pratiquer un véritable débridement au moyen de ciseaux et du bistouri, pour libérer le col et supprimer les adhérences fibreuses.

Il est incontestable que cette intervention, supprimant complètement le col malade et faite correctement, « aboutit à la guérison absolue et durable ».

Néanmoins il ne faut pas oublier « qu'il s'agit d'une intervention sérieuse. L'ouverture large de la vessie, les difficultés que l'on peut avoir à cliver correctement le col scléreux, le danger d'infection vésicale sévère chez de tels malades ne sont pas pour rendre l'intervention bénigne ».

D'autre part, malgré le tamponnement le plus soigné, on peut avoir les hémorragies les plus graves.

Ces inconvénients qui rendent l'opération, par voie abdominale, assez sérieuse et parfois dangereuse, sont en

plus grande partie écartés, dans la troisième méthode dite « excision par voie endo-urétrale ».

Nous admettons cependant qu'il existe des cas où l'indication de la résection transvésicale est formelle. Ce sont les cas dans lesquels pour une raison ou pour une autre on est obligé d'intervenir en même temps dans la vessie : notamment lorsqu'il s'agit, ou bien de réséquer un diverticule vésical, ou bien quand il faut en même temps enlever un adénome, qui coïncide avec la sclérose du col, et qui accentue les troubles provoqués par celle-ci.

Mais d'une façon générale nous donnons la priorité aux résections endoscopiques, dans tous les cas non compliqués de la sclérose du col vésical.

3° *Méthode endoscopique*

Avant de soumettre un malade à cette intervention, il faut contrôler la perméabilité du canal urétral au moyen des Béniqués (le n° 60 doit passer facilement). Au cas où l'on se trouve en présence d'un urètre rétréci et non dilatable, l'intervention ne se pose pas, étant donné l'impossibilité d'introduire l'instrument.

Ceci une fois établi, on doit procéder à l'anesthésie. La question du choix dans l'administration de l'anesthésique ne doit pas être négligée. Il est évident que tous les procédés classiques peuvent être appliqués, mais nous croyons devoir insister sur *l'anesthésie épidurale*. Ses avantages ne sont pas seulement dus à l'analgésie complète, mais étant facilement praticable par le médecin lui-même, et correctement appliquée, ne comportant aucun risque, elle est la plus satisfaisante (Bilger).

Dans certains cas, d'ailleurs très rares, l'épidurale ne pouvant pas pour des raisons quelconques, être appliquée, elle peut être remplacée par l'anesthésie générale à l'évipan ou à l'éther.

Quant à l'intervention elle-même, grâce aux perfectionnements de l'appareillage électrique de ces dernières années, elle est relativement facile, très peu sanglante et, avec un peu d'habitude assez simple.

La méthode le plus fréquemment employée est celle qu'on pratique dans le Service urologique de la clinique chirurgicale A. Elle consiste en une résection partielle du col vésical, au moyen d'une sonde-bistouri électrique, associée à l'urétroscope postérieur de Mac-Carthy.

L'appareils que nous employons au service se compose de plusieurs parties:

1° Un tube creux rectiligne du diamètre d'un Béniqué n° 60 environ, en matière isolante, dont la gaîne extérieure métallique est terminée à sa partie endo-urétrale par une spatule.

2° Un mandrin avec un bout conique pouvant être introduit dans le tube précédant, sert à la mise en place de l'instrument dans le canal.

3° L'instrument proprement dit, qui comporte un équipage fixe et un équipage mobile. Le premier, comportant une crémaillère, se fixe et se solidarise avec le tube extérieur. Le second se déplace librement et avec précision à l'intérieur de ce tube. Le tube de l'équipe mobile est pourvu de deux robinets de lavage, qui assurent le système dit « de double courant ». La partie manuelle de l'équipage mobile comporte en outre, une borne isolée pour l'arrivée du courant de haute fréquence et une vis qui sert à assurer le contact entre la borne et l'extrémité de l'électrode.

4° Cette électrode (bistouri électrique) est formée par une tige cylindrique terminée en fourche dont les branches sont réunies en une anse légèrement incurvée vers en bas, lorsqu'elle est en place. Les

deux branches tendent à s'écarter l'une de l'autre et laissent la vue libre, de sorte que l'oeil peut contrôler d'une manière continue le processus opératoire. L'électrode, elle-même, est entièrement isolée à l'exception de l'extrémité opposée à l'anse. Elle est commandée par un pignon à double bouton et un mouvement de va-et-vient dans le tube.

L'incision se fait toujours dans la direction de l'opérateur.

Dans ces conditions et lorsque l'appareil est en place, l'extrémité de l'électrode râcle la paroi inférieure du canal postérieur, et si on y envoie un courant de haute fréquence coupant, elle creusera, sous le contrôle de la vue, une gouttière, un sillon, en détachant un « copeau » de tissu sur la paroi postéro-inférieure du col.

Cette opération pourra être répétée un certain nombre de fois au cours d'une même séance. D'une façon générale on a intérêt, dans les conditions normales, à ne pas dépasser 4 à 5 « coups de bistouri ».

L'ablation de deux à trois fragments par séance est de règle. Les hémorragies éventuelles peuvent être dépistées et suivies assez aisément grâce au manuel opératoire. La sonde pouvant en même temps recevoir un courant coagulant et le porter, sous le contrôle de la vue en un point paraissant saigner trop fortement, joue le rôle de l'hémostatique instantané.

Le champ de l'intervention est soumis, comme dans tous les cystoscopes de Mac-Carthy, à un courant d'eau continu.

Cette irrigation a pour but, non seulement d'assurer la netteté de l'observation visuelle, mais également de refroidir l'anse d'incision, ce qui évite une détérioration du fil de celle-ci. Le brûlage de l'anse d'incision peut et

doit être évité par le réglage judicieux du courant, ce qui en constitue le rôle capital dans le succès de l'intervention.

Le nombre de séances dépend des malades. D'habitude il est nécessaire d'en pratiquer trois à quatre. L'intervalle entre les séances doit être tel que la cicatrisation, qui suit l'élimination des parties coagulées, soit à peu près terminée.

En pratique un délai de quinze jours semble être le minimum. Pendant ce temps la fonction vésicale est soigneusement observée pour juger de l'effet de la première intervention qui parfois s'avère suffisante.

De toutes façons on finit toujours la séance par la mise en place d'une sonde à demeure, qu'on laisse pendant 3 à 4 jours. En même temps on pratique des lavages de la vessie pour éviter l'infection.

Le malade peut se lever au bout d'une semaine ou de dix jours, rentrer chez lui et revenir dans trois semaines environ pour une seconde intervention, si cela est nécessaire.

*
**

De ce qui précède, il résulte que la méthode de résection endoscopique présente de multiples avantages.

Qu'il nous soit permis d'insister sur la bénignité de l'intervention. Quoique ne possédant que trois observations, nous pouvons affirmer qu'avec une certaine maîtrise de l'opérateur, le malade ne court aucun risque. En outre le grand mérite de la méthode, c'est la possibilité d'être adaptée étroitement aux conditions rencontrées.

Quant à la marche de l'intervention elle se fait sous le contrôle constant de la vue. Il va de soi que la résection du col peut être conduite avec toutes les précautions requises par l'état du malade autant au cours de chaque intervention que pour ce qui est du nombre de ces dernières.

Le seul inconvénient de cette méthode, cité jusqu'à ces derniers temps, à savoir l'instrumentation électrique

insuffisante, perd actuellement lui-même de son importance.

Les générateurs à haute fréquence fabriqués à présent avec toute la perfection désirée, donnent une satisfaction complète tant au point de vue de la section des tissus sous l'eau qu'au point de vue de la sécurité de l'électrocoagulation.

Nous réservons à cet effet, la place d'honneur, à l'urétroscope de Mac-Carthy qui fait d'ailleurs partie de la trousse chirurgicale d'un urologue moderne.

En résumé, ne comportant que quelques petits inconvénients et dotée par contre de multiples avantages, la méthode qui permet d'aborder le col sclérosé, dans la maladie de Marion, par voie endo-urétrale (dite méthode endoscopique), mérite toute l'attention des médecins compétents.

Conclusions

1° 'La sclérose du col de la vessie ou maladie de Marion consiste en une rigidité spéciale du col, amenant des difficultés de la miction et aboutissant à une rétention chronique.

2° Son diagnostic est d'une importance primordiale au point de vue pronostic et efficacité du traitement.

3° Un examen détaillé est nécessaire pour faire le diagnostic différentiel avec l'hypertrophie prostatique, étant donné la coïncidence non exceptionnelle de ces deux affections.

4° Un seul traitement logique et rationnel est le traitement chirurgical agissant directement sur le col.

5° Parmi les différentes méthodes employées, nous préférons la méthode dite endoscopique, que nous croyons la plus efficace, la moins dangereuse et la plus élégante.

Vu et permis d'imprimer :
Strasbourg, le 19 Juillet 1937

Le Recteur de l'Academie,
Président du Conseil de l'Université,
J. DRESCH

Vu : Le Doyen : A. FORSTER

Le Président de thèse :
M. LERICHE.

Bibliographie

C. ALESIO. — Le malattie dell collo vesicale (Riforma med. 47, 5/10/31).

BEATIE J. — Neurology of micturation (Canad. Med. Associa. Journ., juillet 1930, p. 71-75).

J. BDERNA. — Pathology of neck of bladder (casop. Lek. Cesc., 8/432).

M. BOPPE et J. E. MARCEL. — Maladie du col vésical opérée et guérie chez un tout petit enfant (Soc. de Méd. de Paris, n° 6, 13/4/34).

CAPORALE. — Sur quelques cas de dysectasie du col vésical. (Minerva Medica, n° 29, 21/7/33.)

— Notre expérience de la thérapeutique endoscopique des affections du col de la vessie et de la prostate. (Soc. Franç. d'Urol. du Sud-Est, 2/6/35.)

— Endoscopique study of bladder evacuation. (Riforma medica, 23/11/29, p. 1579.)

CHWALLA R. — Case of amyloidosis at bladder neck resembling tumor. (Urol. and Cutan. Rev., 36; june 1932.)

CIBERT et J. DECHAUME. — Dysectasie congénitale du col vésical. (Sos. Franç. d'Urol., 15/2/32.)

COLOMBINO G. — Large sténose du col vésical d'origine nerveuse. (X^{e} congrès de la Soc. Ital. d'Urol. Bari, octobre 1931.)

DESMONTS P. E. — Le col de la vessie chez l'homme, étude anatomique. (Montpellier, 1911, 8°.)

GERARD M. — La sténose du col vésical. (C. R. 3^{e} journ. méd. pharm. franco-belge, Lille, mars 1934.)

— La sténose du col vésical. (Echo médical du Nord, n° 377, 26 août 1934.)

NEYNEMANN W. — Les quelques techniques concernant le traitement endo-urétrale des obstacles à l'écoulement de l'urine dans la vessie et l'urètre postérieur. (Zeitsch. f. Urol., vol. 28, fasc. 6 juin 1934.)

HYAMSJ A. and S. E. KRAMER. — Prefibrosis at vesical neck its pathological status and clin ical significabce. (J. Surgery, 19 janvier 1933.)

JACOBS L. C. — Diagnosis and traetment of lesions at the neck of the bladder. (Urol. and Cutan. rev. S. Louis, 1918, XXII, p. 454.)

KNORR R. — Contracture and sclerosis of neck of female bladder. (Zentralblatt f. gynac. 7 mai 1924, p. 1154.)

LANE G. — Bladder neck pathology in female. (California and West Med. 39; 24 aug. 1933.)

LEGUEU F. et DOSSOT. — La dysectasie du col vésical (Presse médicale 39, 21/1/31.)

MICHTENBERG A. et VON SCHULTHEIS TH. — L'électrotomie dans les obstructions du col vésical. (Zeitschrift f. Urol., vol. 28 juin 1934.)

MARTIN LUQUE T. — La radiographie de la miction dans les affections prostato-urétrales. (Journ. d'Urol., sept. 1929, p. 237-249.)

MARION G. — Maladie du col vésical. (Journ. d'Urol., janvier 1934.)

MIGLIARDI. — L'image radiologique du col de la vessie et de l'urètre postérieur chez l'homme. (Bol. e. mem. soc. Piemont di chirurg., 23/3/35.)

— Sulla stenosi larga del collo vesicale. (Archiv. ital. di urol., déc. 1931.)

PAPIN M. — Contribution à l'étude des dysuries dues aux maladies du col vésical. (Soc. franç. d'urol., 20/2/28.)

— Une nouvelle observation de maladie du col vésical consécutive à des rétrécissements de l'urètre. (Soc. franç. d'urol., 1928, p. 228.)

MICHON. — Prostatiques sans prostate. (Journ. Méd. Franç., 1927.)

MOREAU. — Les prostatiques sans prostate. (Thèse Paris 1922.)

DE LAPENA A. — Bladder absorbtion. (Siglo medico, 18/2/28.)

PISARSKI. — Rétrécissement de l'orifice vésical et dilatation kystique de la portion intra-parietale de l'uretère. (Polski przeglad chirurg., Varsovie, tome XI, 3, 1932.)

PHELIP L. — Un cas d'hypertrophie du col vésical opéré au punch. (Soc. Nat. de Méd., séance du 27/2/29.)

— Electrochirurgie endoscopique dans les dysectasie du col vésical. (XXVII[e] Congr. Franç. d'Urol., 1932.)

— Constatations endoscopiques et techniques opératoire endoscopique dans les dysectasies du col vésical. (Journ. d'urol., 1932, t. 34, p. 257.)

— Endoscopie de la miction normale et pathologique. Opération au punch contre certaines rétentions. (Lyon chirurg., 1929, p. 189.)

REMETE J. — Contribution to thy knowledge of trigonal cystitis. (Urologia Budapest, 1906, p. 19-24.)

RINALDI R. — Existe-t-il des sténoses dues au spasme d'origine purement nerveuse. (X[e] congr. de la Soc. Ital. d'Urol., Bari, oct. 1931.)

— Résection cunéiforme du col vésical rétrécie et urétrocystographie (Journ. d'urol. 1931, p. 244.)

RODRIGUEZ. — La dysectasie du col de la vessie. (Thèse de Paris 1932.)

ROBINSON B. — The vesical trigone trigonum vesicoe its anatomy and physiology. (St. Louis Cour. med., 1904, XXXI, p. 16-27.)

ROSE D. K. and DEAKIN R. — Cystometric study of pharmacology, of bladder with additional data regarding, physiology of urination. (Surg. Gynec. Obstet. Fev. 1928, p. 221.)

SPITZER W. M. — Fibrosis of bladder nack with regard to its pathology and rational treatment. (Colorado med., jan. 1932.)

STEEN W. — Permeability of frog's bladder to watter. (Anat. Rec., 25/8/1929, p. 215.)

TRABUCCO A. — Esclerosis total y partial del oeullovesical. (Rev. assoc. argen. 46, oct. 1932.)

WALTERS W. and MULHOLLAND S. W. — Relation of diverticule of bladder to obstruction of vesical neck. (Surger. Cyn. and Obstet., 5 july 1932.)

AUVIGNE. — Les prostatiques sans prostate. (Science méd. prat. 1929.)

LE FUR. — La maladie du col vésical. (Bull. et Mem. de la Soc. de Chirur., 1932.)

BOUILLE. — L'hypertrophie du col vésical. (Thèse Paris 1927.)

DOSSOT. — La pathologie du col de la vessie. (Archives urol. de Necker, 1929.)

DA FONSECA A. — Chirurgie du col de la vessie. (V[e] congr. de la Soc. Internat. d'Urol.)

FR. BILGER. — Contribution à l'étude de l'anesthésie épidurale en chirurgie générale et en chirurgie urinaire. (Strasbourg Médical. A I, fasc. IX N° 17, 5 sept. 1922, p. 1-6.

FR. BILGER. — De l'anesthésie épidurale en chirurgie urinaire. (Journal d'Urologie A XIX, N° 2, février 1920, p. 111-126.)

FR. BILGER et J. LACHOWIECKI. — La sclérose du col vésical. (Méd. d'Als. et Lorr., N° 18, Octobre 1937.)